

Le fait que la tuberculose touche particulièrement les personnes migrantes, et notamment celles nées en Afrique subsaharienne, explique la plus forte proportion de femmes et le plus jeune âge des personnes développant cette pathologie inaugurale, et sa fréquence en Île-de-France. Le nombre de tuberculoses inaugurales de sida a diminué assez régulièrement depuis 2003, de façon assez parallèle à la diminution du nombre de cas de sida chez les migrants. Cette diminution découle principalement de l'efficacité des traitements, dans un contexte où les flux migratoires en provenance d'Afrique subsaharienne sont relativement stables.

La maladie de Kaposi est l'une des pathologies inaugurales fréquentes chez les HSH, ainsi que chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne, qui survient à un niveau d'immunité relativement préservé (médiane des CD4 proche de 200/mm<sup>3</sup>). Les LNH concernent des personnes dont l'âge est plus élevé, plus souvent nées en France, qui ont reçu un traitement antirétroviral et dont l'atteinte immunitaire est là aussi relativement modérée. Les niveaux d'immunodéficience

observés pour ces deux cancers classant sida sont assez proches de ceux observés dans l'étude des cancers chez les patients infectés par le VIH en France (OncoVIH, 2006) [5], 158 pour la maladie de Kaposi et 205 pour le LNH. Cette étude avait permis de décrire la distribution et les caractéristiques de l'ensemble des cancers chez les patients VIH+ (et pas uniquement les cancers inauguraux).

### Conclusion

Après une diminution jusqu'en 2006, le nombre de cas de sida ne diminue plus depuis 2007. Cette stabilité est la conséquence d'une part importante, en 2010, de personnes qui entrent dans la maladie sans avoir été dépistées auparavant et donc sans avoir pu bénéficier d'une prise en charge adaptée. De ce fait, la PCP est devenue en 2010 la pathologie inaugurale de sida la plus fréquente.

Même si ces données sur les personnes développant un sida ne représentent qu'un sous-échantillon très particulier de la population des séropositifs, elles montrent une fois encore l'importance d'un dépistage précoce.

### Remerciements

Nous remercions vivement toutes les personnes qui participent à la surveillance du sida, et notamment les cliniciens qui notifient les cas qu'ils diagnostiquent, ainsi que les médecins inspecteurs de santé publique des Agences régionales de santé et leurs collaborateurs.

### Références

- [1] Ancelle-Park R. Expanded European AIDS case definition. *Lancet* 1993;341(8842):441.
- [2] Heisterkamp SH, Jager JC, Ruitenbergh EJ, Van Druten JA, Downs AM. Correcting reported AIDS incidence: a statistical approach. *Stat Med*. 1989;8(8):963-76.
- [3] Spacciferri G, Cazein F, Lièvre L, Bernillon P, Geffard S, Lot F, *et al*. Estimation de l'exhaustivité de la surveillance des cas de sida par la méthode capture-recapture, France, 2004-2006. *Bull. Epidémiol Hebd.* 2010;(30):313-6.
- [4] Unité 943 de l'Inserm. FHDH-ANRS CO4. Retour d'informations clinico-épidémiologiques, juin 2011. Disponible à : [www.ccde.fr](http://www.ccde.fr)
- [5] Lanoy E, Spano JP, Bonnet F, Boué F, Cadranet J, Carcelain G, *et al*. Cancers chez les patients infectés par le VIH en France en 2006 : l'étude OncoVIH. *Bull. Epidémiol Hebd.* 2008;(45-46):443-7.

## Admissions en affection de longue durée pour le VIH : comparaison avec les découvertes de séropositivité VIH, France, 2003-2009

Josiane Pillonel (j.pillonel@invs.sante.fr)<sup>1</sup>, Cécile Brouard<sup>1</sup>, Alain Weill<sup>2</sup>, Michelle Altana<sup>3</sup>, Jean-Marc Harlin<sup>4</sup>, Roselyne Pinget<sup>1</sup>, Florence Lot<sup>1</sup>, Françoise Cazein<sup>1</sup>

1/ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

3/ Caisse nationale du régime social des indépendants (RSI), La Plaine Saint-Denis, France

2/ Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS), Paris, France

4/ Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (MSA), Bagnolet, France

### Résumé / Abstract

**Introduction** – L'objectif de cette étude est de comparer les admissions en affection de longue durée pour le VIH (ALD7) avec les découvertes de séropositivité VIH chez les 15 ans et plus sur la période 2003-2009, afin d'évaluer l'apport de données médico-administratives pour la surveillance du VIH en France.

**Méthodes** – Les données d'ALD proviennent des trois principaux régimes d'assurance-maladie (CnamTS, MSA et RSI), couvrant 96% des assurés. Ont été analysées les admissions en ALD7 dont le diagnostic correspond à une infection par le VIH. Le nombre de découvertes de séropositivité VIH est estimé à partir de la déclaration obligatoire du VIH en prenant en compte les délais de déclaration et la sous-déclaration. Les données de l'ALD7 et les découvertes de séropositivité VIH ont été comparées au niveau national et régional ou départemental.

**Résultats** – Les nombres annuels d'admissions en ALD et de découvertes de séropositivité sont proches, avec un total de respectivement 48 000 et 49 000 sur la période 2003-2009. Cependant, le nombre estimé de découvertes de séropositivité tend à diminuer, tandis que le nombre d'admissions en ALD est stable. L'analyse par sexe et classe d'âge montre quelques disparités de tendances ou de nombres, plus marquées chez les femmes et les 15-34 ans. Les tendances par région et par département francilien et d'Outre-mer sont en partie concordantes. En 2009, les admissions en ALD sont plus nombreuses que les découvertes de séropositivité pour la totalité des régions. Le ratio nombres d'ALD7/découvertes de séropositivité diminue significativement lorsque la proportion de personnes nées à l'étranger augmente.

### Long term disease agreements for HIV: comparison with new HIV diagnoses, France, 2003-2009

**Introduction** – The objective of this study is to compare severe and costly long term disease (LTD) for HIV (LTD7) with new HIV diagnoses among people aged 15 years and older over the 2003-2009 period to assess the contribution of medical-administrative data to HIV surveillance in France.

**Methods** – Data on LTD7 are issued from the three major health insurance schemes (CnamTS, MSA and RSI), that cover 96% of insured people in France. Only new LTD7 agreements corresponding to a diagnosis of HIV infection were analyzed. The number of new HIV diagnoses is estimated from the HIV case mandatory reporting taking into account reporting delays and underreporting. LTD7 and new HIV diagnoses were compared at national and regional or departmental level.

**Results** – Annual numbers of new LTD7 and new HIV diagnoses are close, with a total of respectively 48,000 and 49,000 on the 2003-2009 period. Nevertheless, the estimated number of new HIV diagnoses tends to decrease while the number of new LTD7 is stable. Analysis by gender and age shows some differences in trends or numbers, more marked in women and in the 15-34 years age group. Trends by region or by district in the Paris area and overseas territories are partly concordant. In 2009, numbers of new LTD7 are higher than new HIV diagnoses for all regions. The ratio 'new LTD7/new HIV diagnoses' significantly decreases when the proportion of people born in foreign countries increases.

**Discussion** – Sur 2003-2009, les nombres d'admissions en ALD7 et de découvertes de séropositivité sont relativement concordants malgré certaines disparités, probablement liées à une divergence des champs de ces données : couverture incomplète par l'ALD de l'ensemble des personnes résidant en France, dont une partie des personnes nées à l'étranger, admissions en ALD ne correspondant pas nécessairement à de nouveaux diagnostics. Les données d'ALD7 constituent cependant un bon « proxy » des découvertes de séropositivité VIH au niveau national, alors que les données régionales sont à interpréter avec prudence.

**Discussion** – Over the 2003-2009 period, numbers of new LTD7 and new HIV diagnoses are relatively consistent, despite some discrepancies, probably related to a divergence in data fields: incomplete coverage by the LTD of all persons residing in France, including those born abroad, new LTD7 not necessarily corresponding to new HIV diagnoses. However, LTD7 data constitute a good "proxy" for new HIV diagnoses at the national level while the regional data should be interpreted with caution.

## Mots clés / Key words

Affection de longue durée, découvertes de séropositivité VIH, déclaration obligatoire, France / Severe and costly long term disease, new HIV diagnosis, case mandatory reporting, France

## Introduction

La surveillance de l'infection par le VIH en France repose actuellement essentiellement sur la déclaration obligatoire (DO) du VIH, mise en place en 2003 par l'Institut de veille sanitaire (InVS) [1;2].

Cette notification est initiée par les biologistes qui doivent déclarer toute personne dont la sérologie VIH est confirmée positive pour la première fois pour leur laboratoire [1;2]. Les informations cliniques et épidémiologiques sont complétées par le médecin prescripteur du test. Les notifications sont adressées aux médecins inspecteurs de santé publique des Agences régionales de santé (ARS) puis à l'InVS.

Les personnes infectées par le VIH peuvent bénéficier du dispositif des affections de longue durée (ALD) des régimes d'assurance maladie au titre de l'ALD7. Il permet, sur demande du médecin traitant et dans le cadre d'un protocole de soins, le remboursement à 100% des frais de prise en charge des personnes ayant une maladie chronique inscrite sur une liste établie par décret après avis de la Haute autorité de santé. Ces affections, actuellement au nombre de 30, nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse [3].

En théorie, chaque fois qu'une personne couverte par l'Assurance maladie est nouvellement diagnostiquée pour le VIH, son médecin traitant effectue une demande d'ALD pour une durée limitée, cette demande pouvant être renouvelée. Il devrait donc y avoir une bonne concordance entre les données issues du dispositif des ALD et celles issues de la notification obligatoire du VIH.

L'objectif de cette étude est de comparer rétrospectivement le nombre d'admissions en ALD7 avec les découvertes de séropositivité VIH sur la période 2003-2009, au niveau national, régional ou départemental. Cette étude permet ainsi d'évaluer l'apport de données médico-administratives pour la surveillance du VIH en France.

## Méthode

### Les données de l'ALD7

L'analyse porte sur les données des trois principaux régimes d'assurance maladie, qui couvrent environ 96% des assurés sociaux résidant en France : la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS) couvre environ

86% des assurés sociaux, la Mutualité sociale agricole (MSA) et le Régime social des indépendants (RSI) couvrant chacun environ 5% de la population [4].

Les régimes qui n'ont pu être inclus dans cette analyse (environ 4% des assurés sociaux) concernent notamment les militaires, les clercs et employés de notaires, les marins, le personnel de la Banque de France et des grandes sociétés de transports publics.

L'ALD7 comprend les déficits immunitaires primitifs et l'infection par le VIH. Le diagnostic est codé selon la Classification internationale des maladies 10<sup>e</sup> révision (CIM10). Seuls les codes CIM10 correspondant à une infection par le VIH ont été retenus :

B20 : immunodéficience humaine virale, à l'origine de maladies infectieuses et parasitaires ;

B21 : immunodéficience humaine virale, à l'origine de tumeurs malignes ;

B22 : immunodéficience humaine virale, à l'origine d'autres affections précisées ;

B23 : immunodéficience humaine virale, à l'origine d'autres maladies ;

B24 : immunodéficience humaine virale, sans précision ;

R75 : mise en évidence par des examens de laboratoire du VIH ;

Z21 : infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine virale, sans précision.

### Les données de la DO du VIH

À partir des notifications de VIH reçues à l'InVS au 31 décembre 2010, le nombre total de découvertes de séropositivité est estimé par année de diagnostic en appliquant deux facteurs de correction, pour prendre en compte les délais de déclaration (cas déclarés avec retard) et la sous-déclaration (cas jamais déclarés), et en sélectionnant les diagnostics d'infection VIH chez des personnes dont la séropositivité n'était pas connue auparavant ou connue depuis moins d'un an.

Le taux d'exhaustivité est estimé chaque année grâce à une enquête complémentaire, « Labo-VIH », réalisée auprès de l'ensemble des laboratoires ayant une activité de dépistage du VIH [1;2]. Cette exhaustivité s'est améliorée au cours du temps : elle est passée de 62% en 2004 à 73% en 2008 mais cette amélioration ne s'est pas poursuivie en 2009 (69%) [2]. Par ailleurs, l'exhaustivité varie beaucoup d'une

région à l'autre, rendant difficiles les analyses régionales notamment en termes de tendance.

### Comparaison des données ALD7 et DO VIH

Les données d'admission en ALD7 et de la déclaration obligatoire du VIH ont été comparées (effectifs et évolution au cours du temps) sur la période 2003-2009 chez les personnes âgées de 15 ans et plus. Les variables analysées étaient l'année (celle d'avis pour l'ALD7 correspondant à la date d'acceptation par l'Assurance maladie et celle de diagnostic pour la DO VIH), le sexe, le groupe d'âge (15-34 ans, 35-54 ans, 55 ans et plus), la région ou le département de domicile (DO VIH et RSI) ou d'affiliation (CnamTS et MSA) qui sont les variables disponibles pour l'ALD.

Afin d'explorer les divergences entre les nombres d'admissions en ALD7 et de découvertes de séropositivité VIH, une analyse de régression linéaire par région ou département (pour l'Île-de-France et les DOM) a été réalisée pour l'année 2009 entre le ratio nombre d'ALD7/ nombre de découvertes de séropositivité VIH et la proportion de personnes nées à l'étranger parmi les découvertes de séropositivité. En effet, les personnes n'étant pas titulaire de couverture sociale ou bénéficiant de l'Aide médicale de l'État (AME) n'entrent pas dans le dispositif ALD. Or, la proportion de personnes nées à l'étranger parmi les découvertes de séropositivité varie beaucoup selon la région ou le département, de 12,5% à 75%, pouvant expliquer en partie les différences entre les données issues de l'ALD7 et celles de la DO.

## Résultats

### Évolution entre 2003 et 2009

Le cumul sur 2003-2009 montre que le nombre d'admissions en ALD7 de personnes de 15 ans et plus (n=48 000) est proche du nombre de découvertes de séropositivité VIH estimé à 49 000.

La figure 1 présente l'évolution entre 2003 et 2009 du nombre d'admissions en ALD7 et du nombre estimé de découvertes de séropositivité VIH, globalement (figure 1a), par sexe (figures 1b et 1c) et par groupe d'âge (figures 1d,1e,1f).

Au cours de cette période, le nombre d'admissions en ALD7 est proche de l'estimation du nombre de découvertes de séropositivité VIH : pour les années 2003, 2004, 2005 et 2007, la différence n'est pas significative (le nombre d'admissions en ALD7 se situe entre les bornes

de l'intervalle de confiance du nombre de découvertes) ; en 2006, le nombre d'ALD7 est inférieur à l'estimation du nombre de découvertes VIH, alors qu'en 2008 et 2009, le nombre d'ALD7 est supérieur (figure 1a). L'analyse de l'évolution au cours du temps montre que le nombre de découvertes de séropositivité VIH a tendance à diminuer entre 2003 et 2009 (-15%), tandis que le nombre d'admission en ALD7 est plutôt stable, excepté en 2006 où ce nombre est plus faible.

Chez les hommes, comme pour l'ensemble des cas, le nombre d'admissions en ALD7 est proche de l'estimation du nombre de découvertes de séropositivité VIH pour les années 2003, 2004, 2005 et 2007 ; il est inférieur en 2006 mais supérieur en 2008 et 2009. Par contre, chez les

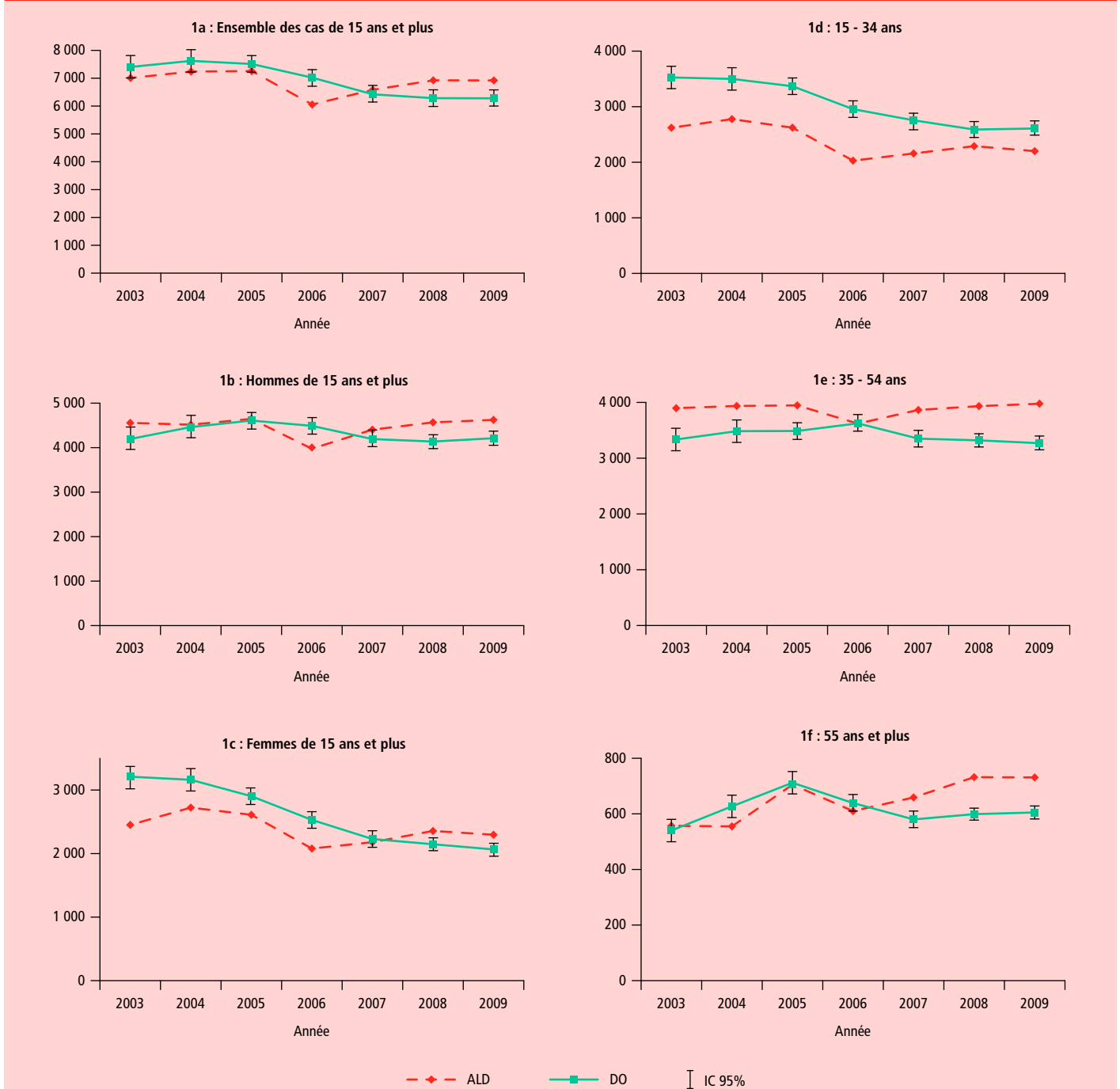
femmes, le nombre d'ALD7 est inférieur à l'estimation du nombre de découvertes de séropositivité VIH sur la période 2003 à 2006, dans l'intervalle de confiance de cette estimation en 2007, et supérieur pour les années 2008 et 2009 (figures 1b et 1c). Alors que pour les hommes le nombre d'ALD7 et de découvertes de séropositivité VIH est stable sur l'ensemble de la période, chez les femmes, on observe une diminution au cours du temps, plus forte pour la DO VIH que pour les admissions en ALD7.

Chez les 15-34 ans, le nombre d'admissions en ALD7 est systématiquement inférieur à l'estimation du nombre de découvertes de séropositivité VIH ; il est toujours supérieur chez les 35-54 ans, sauf en 2006 où le nombre d'ALD7

est dans l'intervalle de confiance. Enfin, chez les 55 ans et plus, le nombre d'ALD7 est dans l'intervalle de confiance de 2003 à 2006 mais devient supérieur à l'estimation du nombre de découvertes de séropositivité VIH à partir de 2007 (figures 1d à 1f).

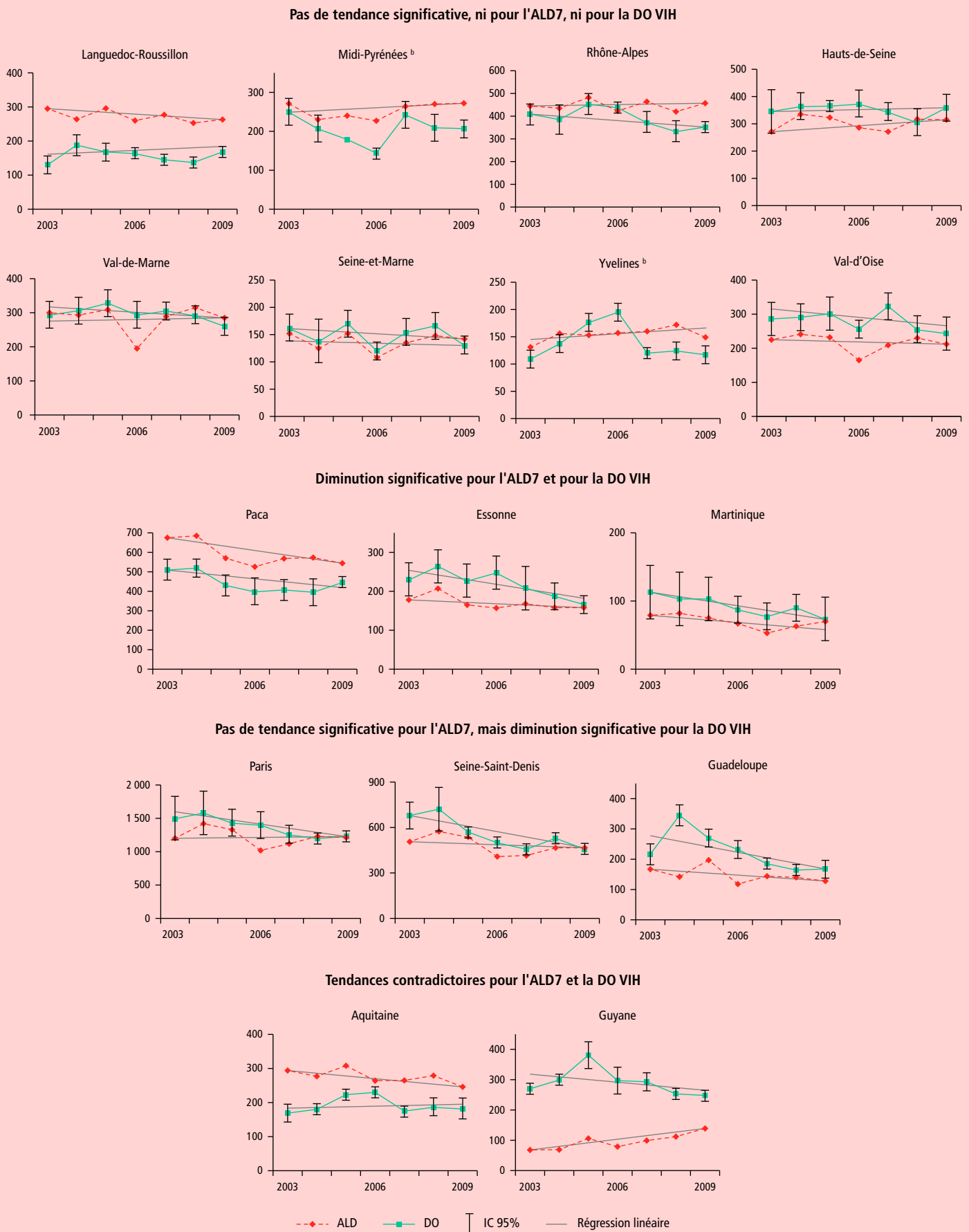
L'analyse des tendances pour les régions dont le nombre total d'ALD7 est supérieur à 1 500 sur l'ensemble de la période 2003-2009, ainsi que les départements français d'Amérique et les départements d'Île-de-France, montre que les évolutions sur la période 2003 à 2009 vont le plus souvent dans le même sens (figure 2). L'analyse de régression linéaire met en évidence que pour les régions Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes et les départements des

**Figure 1** Évolution du nombre observé d'admissions en ALD7 pour VIH et du nombre estimé de découvertes de séropositivité VIH<sup>a</sup> par sexe et par classe d'âge, France, 2003-2009 | **Figure 1** Trend in the observed number of new LTD7 for HIV and in the estimated number of newly HIV diagnoses<sup>a</sup> by sex and age group, France, 2003-2009



<sup>a</sup> Données au 31/12/2010 corrigées pour les délais de déclaration et la sous-déclaration.

**Figure 2** Évolution du nombre d'admissions en ALD7 observé et du nombre estimé de découvertes de séropositivité VIH<sup>a</sup> pour les régions avec un nombre d'ALD total supérieur à 1 500, les départements français d'Amérique et d'Île-de-France, France, 2003-2009 / *Figure 2* Trend in the number of new LTD7 and in the estimated number of newly HIV diagnoses<sup>a</sup> for regions with a total number of ALD higher than 1,500 and for districts in Paris area and overseas territories, France, 2003-2009



<sup>a</sup> Données au 31/12/2010 corrigées pour les délais de déclaration et la sous-déclaration.

<sup>b</sup> La droite de régression n'a pas été calculée pour la région Midi-Pyrénées et le département des Yvelines (DO VIH).

Hauts-de-Seine, du Val-de-Marne, de Seine-et-Marne, des Yvelines et du Val-d'Oise, on n'observe pas de tendance significative au cours du temps pour l'ALD7 comme pour la DO. Dans la région Paca et les départements de l'Essonne et de la Martinique, une tendance significative à la diminution ( $p < 0,05$ ) est observée à la fois pour l'ALD7 et la DO. En revanche, pour Paris, la Seine-Saint-Denis et la Guadeloupe, départements pour lesquels on n'observe pas de tendance significative au cours du temps pour l'ALD7, le nombre de découvertes de séropositivité du VIH a tendance à diminuer. Inversement, pour la région Aquitaine et la Guyane, on n'observe pas de tendance significative pour le nombre de découvertes alors que le nombre d'ALD7 diminue en Aquitaine et augmente en Guyane.

## Analyse pour l'année 2009

L'analyse par région (hors Île-de-France et DOM) montre qu'en 2009, le nombre d'admissions en ALD7 est systématiquement supérieur à l'estimation du nombre de découvertes de séropositivité VIH, même si, pour un quart des régions (Auvergne, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Lorraine et Picardie), le nombre d'ALD7 reste dans l'intervalle de confiance de l'estimation (tableau 1).

Pour tous les départements d'Île-de-France en 2009, le nombre d'ALD7 se situe systématiquement dans l'intervalle de confiance de l'estimation du nombre de découvertes de séropositivité VIH, à l'exception du département des Yvelines.

Dans les DOM, pour la Guadeloupe et la Guyane, le nombre d'ALD7 est inférieur à l'estimation du nombre de découvertes de séropositivité VIH. Par contre, pour la Martinique et la Réunion, ce nombre se situe dans l'intervalle de confiance de l'estimation.

L'analyse de régression linéaire faite pour l'année 2009 montre une relation significative ( $R^2 = 0,52$ ,  $p < 10^{-4}$ ) entre le ratio nombre d'ALD7/nombre de découvertes de séropositivité VIH et la proportion de personnes nées à l'étranger parmi ces nouveaux diagnostics d'infection VIH (tableau 1 et figure 3). Ceci signifie que, lorsque la proportion de migrants augmente, le ratio ALD7/DO diminue et, par conséquent, le nombre d'ALD7 peut devenir plus faible que le nombre de découvertes de séropositivité. Par exemple, la Guyane ou le Val-d'Oise, qui ont une proportion très importante de migrants parmi les découvertes de séropositivité VIH (respectivement 69% et 75%), ont un nombre d'ALD7 inférieur à l'estimation du nombre de découvertes (ratio de 0,56 et de 0,87) ; *a contrario*, le Limousin ou la Franche-Comté, qui ont une proportion faible de migrants dans la population VIH (respectivement 12,5% et 19%), ont un nombre d'ALD7 important par rapport à l'estimation du nombre de découvertes de séropositivité VIH (ratio de 1,51 et de 1,60).

## Discussion

Cette étude a montré que, sur la période 2003-2009, le nombre d'admissions en ALD7 et l'estimation des découvertes de séropositivité VIH étaient relativement concordants malgré certaines disparités selon la zone géographique, le sexe ou le groupe d'âge. Ces disparités

**Tableau 1** Estimation du nombre de découvertes de séropositivité VIH (DO)<sup>a</sup> et nombre d'admissions en ALD7 pour VIH chez les personnes de 15 ans et plus, France, 2009 | **Table 1** Estimated number of new HIV diagnoses (DO)<sup>a</sup> and number of new LTD7 among people aged 15 and older, France, 2009

Régions/départements de domicile ou d'affiliation	Estimation du nombre de découvertes de séropositivité - DO [IC95%]	Nombre d'ALD7	Ratio ALD7/DO	Pourcentage de personnes nées à l'étranger dans la DO (%)
<b>Régions (hors Île-de-France)</b>				
Alsace	120 [104-136]	166	1,38	28,4
Aquitaine	181 [134-228]	246	1,36	28,9
Auvergne	60 [37-83]	82	1,37	28,4
Bourgogne	71 [58-84]	84	1,18	30,1
Bretagne	135 [120-150]	192	1,42	33,8
Centre	155 [139-172]	189	1,22	36,4
Champagne-Ardenne	68 [50-86]	72	1,06	45,7
Corse <sup>b</sup>	-	17	-	-
Franche-Comté	40 [31-49]	64	1,60	18,9
Languedoc-Roussillon	168 [148-187]	263	1,57	21,0
Limousin	35 [29-41]	53	1,51	12,5
Lorraine	118 [102-134]	124	1,05	26,9
Midi-Pyrénées	207 [185-230]	272	1,31	29,0
Nord-Pas-de-Calais	149 [122-176]	190	1,28	29,3
Basse-Normandie	52 [41-63]	72	1,38	30,9
Haute-Normandie	78 [66-90]	102	1,31	37,4
Pays-de-la-Loire	185 [165-205]	213	1,15	32,1
Picardie	85 [54-116]	113	1,33	34,9
Poitou-Charentes	50 [40-60]	94	1,88	27,2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	445 [408-481]	544	1,22	26,4
Rhône-Alpes	352 [327-378]	457	1,30	32,6
<b>Départements d'Île-de-France</b>				
Paris	1 227 [1 129-1 324]	1 213	0,99	57,8
Hauts-de-Seine	359 [307-411]	315	0,88	60,7
Seine-Saint-Denis	456 [414-499]	466	1,02	72,6
Val-de-Marne	260 [233-287]	285	1,10	58,6
Seine-et-Marne	130 [108-152]	142	1,09	57,5
Yvelines	117 [98-136]	149	1,27	54,6
Essonne	166 [137-195]	158	0,95	62,0
Val-d'Oise	243 [195-291]	212	0,87	75,0
<b>Départements d'Outre-mer</b>				
Guadeloupe	168 [138-198]	128	0,76	58,1
Martinique	73 [62-84]	70	0,96	25,0
Guyane	248 [226-270]	139	0,56	69,1
La Réunion	29 [16-42]	34	1,17	19,3

<sup>a</sup> Données au 31/12/2010 corrigées pour les délais de déclaration et la sous-déclaration.

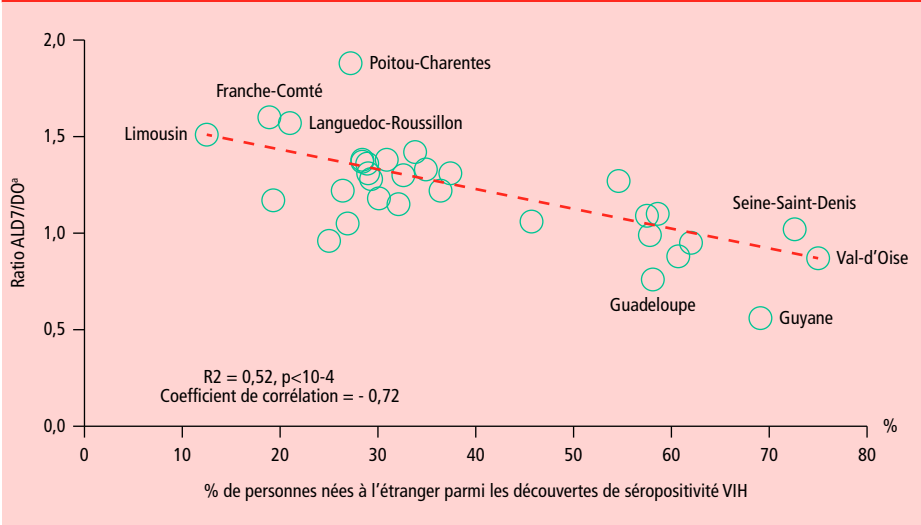
<sup>b</sup> Le nombre de découvertes de séropositivité VIH (DO) n'a pas pu être estimé pour la Corse.

s'expliquent par différents mécanismes pouvant se cumuler ou se compenser.

Certains facteurs peuvent entraîner un nombre d'ALD7 inférieur au nombre estimé de découvertes de séropositivité. En premier lieu, les données d'admissions en ALD7 présentées dans cet article proviennent des trois principaux régimes d'assurance maladie qui couvrent 96% des assurés [3]. Ainsi, ces données peuvent légèrement sous-estimer le nombre d'admissions en ALD7 pour l'ensemble des régimes (environ 4%). Par ailleurs, les patients qui découvrent leur séropositivité VIH ne font pas tous une demande d'ALD. C'est le cas notamment des personnes ne bénéficiant pas de couverture sociale et les bénéficiaires de l'AME qui ne peuvent pas prétendre à l'ALD. Il est donc possible qu'une partie des personnes nées à l'étranger ne puisse pas faire de demande de mise sous ALD, comme le suggère la corrélation négative entre le ratio nombre d'ALD7/nombre de découvertes de séropositivité VIH et la proportion de personnes nées à l'étranger parmi ces découvertes. Par exemple, les DOM qui ont des proportions de personnes nées à l'étranger très élevées (69% en Guyane et 58% en Guadeloupe en 2009),

ont un nombre d'admissions en ALD7 inférieur au nombre de découvertes d'infection VIH, alors qu'en Martinique et à la Réunion, avec respectivement 25% et 19% de personnes nées à l'étranger, le nombre d'ALD7 se situe dans l'intervalle de confiance du nombre de découvertes d'infection VIH. De la même manière, une proportion de personnes nées à l'étranger plus importante chez les femmes (autour de 40% entre 2003 et 2005) que chez les hommes (29% sur ces 3 années) pourrait expliquer un nombre de découvertes de séropositivité VIH supérieur au nombre d'admissions en ALD7 pour les femmes, alors que chez les hommes, les nombres ne sont pas significativement différents. Chez les femmes, la diminution de la part de celles nées à l'étranger (de 42% en 2003 à 32% en 2009) pourrait expliquer le rapprochement du nombre de découvertes VIH et du nombre d'ALD7 sur la période 2007-2009. En outre, bien que le critère médical d'admission en ALD7 pour infection à VIH soit la positivité au VIH [5], il est possible que le diagnostic d'infection à VIH ne soit pas nécessairement suivi d'une mise en ALD, notamment pour les personnes diagnostiquées mais non prises en

**Figure 3** Relation entre le ratio « nombre d'admission en ALD7/nombre estimé de découvertes de séropositivité VIH (DO) » de chaque région<sup>a</sup> ou département et la proportion de personnes nées à l'étranger parmi ces découvertes, France, 2009 | *Figure 3* Relation between the ratio 'number of new LTD7/estimated number of newly HIV diagnoses (DO)' of each region or district and the proportion of foreign-born among these new diagnoses, France, 2009



<sup>a</sup> Le ratio ALD/DO n'a pas pu être calculé pour la Corse.

charge médicalement, ou encore pour les bénéficiaires d'une mutuelle couvrant tous les frais.

À l'inverse, d'autres facteurs peuvent entraîner un nombre d'ALD7 supérieur à celui estimé de découvertes de séropositivité, comme observé sur les deux dernières années au niveau national et dans certaines régions sur l'ensemble de la période 2003-2009. Les admissions en ALD7 peuvent inclure des cas prévalents et pas uniquement des nouveaux diagnostics d'infection à VIH (cas incidents). Ainsi, il est possible que soient considérées à tort comme des admissions en ALD des personnes renouvelant leur ALD (avec ou sans interruption de leur prise en charge) ou des personnes changeant de régime ou de caisse primaire d'assurance maladie.

Si l'ensemble de ces facteurs peut expliquer une partie des différences entre le nombre observé d'admissions en ALD7 et le nombre estimé de découvertes de séropositivité, que ce soit globalement par sexe, par région ou chez les plus de 34 ans, ils ne permettent pas d'expliquer, à eux seuls, un nombre de découvertes de séropositivité systématiquement beaucoup plus élevé que le nombre d'ALD7 chez les 15-34 ans.

Au-delà de l'imparfaite adéquation des champs des admissions en ALD7 et des découvertes de séropositivité, des décalages de date peuvent également intervenir. Par exemple, pour les données ALD, l'année est la date de l'avis donné par l'assurance maladie et non la date d'effet de l'admission en ALD qui est la date à partir de laquelle les soins sont remboursés à 100%. Or, la date d'effet est antérieure à la date d'avis et elle est plus proche de la date de diagnostic. Les données ALD sont donc légèrement décalées dans le temps par rapport à la date de diagnostic telle que définie dans la DO du VIH. Par ailleurs, les données ALD peuvent être affectées par des évolutions réglementaires qui perturbent l'évolution du nombre d'ALD au cours du temps. Ainsi, le nouveau parcours de soins pour la mise en ALD signé par le médecin traitant, intervenu en 2006, a perturbé l'évolution du nombre d'ALD. En effet, à partir de

2006, le médecin traitant doit constater la pathologie et établir un protocole de soins qui définit les soins liés à cette pathologie pris en charge à 100% au titre de l'ALD. Ce protocole peut être établi par un autre médecin, à titre dérogatoire, lorsque le diagnostic est fait à l'hôpital ou dans un contexte d'urgence. La mise en œuvre de ce nouveau dispositif a parfois impliqué un retard dans les envois des demandes d'ALD aux médecins-conseils et donc un délai dans les avis émis par l'assurance maladie. Cette baisse en 2006, probablement suivie par un rattrapage dans les années suivantes, est observée par sexe, groupe d'âge et presque dans toutes les régions ou départements.

Si les données d'évolution de l'ALD7 doivent être interprétées avec prudence, le nombre estimé de découvertes de séropositivité VIH doit également être discuté, notamment pour l'année la plus récente. En effet, les données de la DO sont corrigées à la fois pour la sous-déclaration, estimée entre 27% et 38% selon les années, et les délais de déclarations qui concernent essentiellement l'année la plus récente, ici 2009 [2]. Ces délais s'étant allongés avec la mise en place des ARS, les prévisions pour 2009 sont probablement sous-estimées [1], pouvant expliquer une partie des différences observées cette année-là par rapport aux données d'ALD7. Par exemple, en région parisienne, dans les départements de Seine-Saint-Denis, de Seine-et-Marne et de l'Essonne, la diminution du nombre estimé de découvertes de séropositivité entre 2008 et 2009 n'est pas en cohérence avec la stabilité du nombre d'ALD7 sur ces deux années. Un autre exemple encore plus marquant est celui de la région Poitou-Charentes, où le nombre d'ALD en 2009 est très supérieur au nombre estimé de découvertes de séropositivité, alors que pour les années précédentes, cette différence est bien moindre. Ainsi, les données d'admissions en ALD7 de l'année la plus récente peuvent permettre de conforter nos estimations du nombre de découvertes de séropositivité VIH si les évolutions sont comparables ou, au contraire, nous interroger ou même nous inciter à revoir nos estimations lorsqu'elles ne semblent pas cohérentes.

## Conclusion

Pour la période 2003-2009, les nombres d'admissions en ALD7 et de découvertes de séropositivité VIH sont relativement concordants malgré certaines disparités selon la zone géographique, le sexe et l'âge probablement liées à une divergence des champs de ces données : couverture incomplète par l'ALD de l'ensemble des personnes résidant en France, dont les personnes nées à l'étranger, admissions en ALD ne correspondant pas nécessairement à des nouveaux diagnostics. Cette concordance au niveau national montre que les données d'ALD7 constituent un bon « proxy » des découvertes de séropositivité VIH. Ce constat conforte l'analyse faite sur les données nationales d'incidence des cancers où, pour la plupart des localisations, les taux d'admission en ALD étaient relativement similaires aux taux d'incidence estimés à partir des données des registres des cancers et de données de mortalité [6]. En revanche, les données régionales d'ALD7 sont à considérer avec prudence mais peuvent s'avérer utiles pour interpréter nos estimations de découvertes de séropositivité VIH dans les années les plus récentes. Les données d'ALD7 constituent ainsi un indicateur indépendant et complémentaire à la DO VIH pour la surveillance de cette infection en France.

## Remerciements

- Aux trois régimes d'assurance maladie (CnamTS, MSA et RSI) pour la transmission des données d'ALD à l'InVS.
- Aux biologistes et cliniciens participant à la déclaration obligatoire du VIH et à l'enquête LaboVIH.
- Aux médecins inspecteurs de santé publique des Agences régionales de santé (ARS) et à leurs collaborateurs.
- Aux personnes de l'InVS participant à la surveillance du VIH/sida : L. Benyelles, C. Da Costa, S. Couturier et M. Leclerc.
- À P. Ricordeau (CnamTS), S. Gosselin (MSA), A. Salama (RSI), M. Boussac (InVS), A. Doussin (InVS) et J. Nicolau (InVS) pour leur relecture.

## Références

- [1] Cazein F, Le Strat Y, Pillonel J, Lot F, Bousquet V, Pinget R, et al. Dépistage du VIH et découvertes de séropositivité, France, 2003-2010. Bull Epidemiol Hebd. 2011;(43-44):446-54.
- [2] Cazein F, Lot F, Pillonel J, Pinget R, Bousquet V, Le Strat Y, et al. Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2009. Bull Epidemiol Hebd. 2010;(45-46):467-72.
- [3] Qu'est-ce qu'une affection de longue durée ? Disponible à : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/les-affections-de-longue-duree/qu-est-ce-qu'une-affection-de-longue-duree/les-ald-exonerantes.php>
- [4] Tuppin P, de Roquefeuil L, Weill A, Ricordeau P, Merlière Y. French National health insurance information system and the permanent beneficiaries sample. Rev Epidemiol Santé Publique. 2010;58(4):286-90.
- [5] Décret n°2011-77 du 19 janvier 2011 portant actualisation de la liste et des critères médicaux utilisés pour la définition des affections ouvrant droit à la suppression de la participation de l'assuré. JO du 21/01/2011. Disponible à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023456250&dateTexte=&categorieLien=id>
- [6] Uhry Z, Remontet L, Grosclaude P, Belot A, Colonna M, Boussac-Zarebska M, et al. Tendances récentes des données d'affections de longue durée : intérêt pour la surveillance nationale de l'incidence des cancers - Période 1997-2009. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire; 2011. 40 p. Disponible à : <http://www.invs.sante.fr>